



Hausarztpraxis

Blank & Kempen

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Patientenerhebungsbogen

Nachfolgend erhalten Sie eine Liste an Einwilligungen, die wir (in Einzelfällen) für eine bestmögliche Versorgung benötigen könnten. Rechtsgrundlagen für diese Einwilligungen sind die EU-Datenschutzgrundverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz sowie das Sozialgesetzbuch V.

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten

Vertragsbestandteil ist, dass innerhalb unserer Praxis, die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeitet werden dürfen. Sowohl alle Ärzte, als auch Beschäftigten (inkl. Schreibkräfte) erhalten Einsicht und Zugriff auf sämtliche mich betreffende erforderliche medizinische und sonstige personenbezogene Daten, die für meine Behandlung erforderlich sind.

Einwilligung zur Übermittlung von Befunden und Behandlungsdaten

☐

JA

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die o. g. Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungsbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert und an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

**Austausch von Patientendaten (insb. gem. § 73 abs. 1 SGB V) , Erklärung zur (Teil-)
Entbindung von der Schweigepflicht**

Einwilligung Praxiswechsel

☐

Sollte ich die o. g. Praxis wechseln, bin ich damit einverstanden, dass meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt werden, bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei der o. g. Praxis anfordert.

Einwilligung Bevollmächtigte

☐

Die o. g. Praxis darf mich betreffende Rezepte, Überweisungen, Atteste, Arbeitsunfähigkeiten usw. an Angehörige/Bekannte oder externe Dienstleister (z.B. Apotheken), die ich beauftrage, herausgeben.

Einwilligung zur Abrechnung

☐

Zur Abrechnung unserer Leistungen arbeitet unsere Praxis mit Privadis zusammen. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie für die Abrechnung notwendige Unterlagen weitergegeben werden. Folgende Daten können übermittelt werden: Name, Anschrift, Geschlecht, Alter oder Geburtsjahr, Versicherungsstatus und die Anforderung von gesetzlich versicherten Behandlungsscheinen.

Service-Leistungen

Einwilligung zur Termin-Erinnerung

☐

Hiermit willige ich ein, am telefonisch bzw. elektronischen Erinnerungsservice für den Arztbesuch (Termin-Erinnerung) teilzunehmen.

Eine Weitergabe Ihrer Daten an sonstige Dritte erfolgt nicht!

Aufklärung über Ihre Rechte bzgl. Der Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung(en) jederzeit mündlich in der Praxis, schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Sie haben laut Gesetz das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Übertragung Ihrer Daten. Außerdem können Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung erheben. Dazu wenden Sie sich an uns. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschwerden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter info@top-datenschutz.de und die Aufsichtsbehörde www.lfd.niedersachsen.de

Augustfehn, den _____

Unterschrift: _____